

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

64

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Icek-Ela ROZENBAUM

Né le 3 Janvier 1913, à Opole (Pologne)

**Contribution à l'étude
de la
SYPHILIS TESTICULAIRE
à propos de quelques observations**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Icek-Ela ROZENBAUM

(Né le 3 Janvier 1913, à Opole (Pologne))

Contribution à l'étude de la **SYPHILIS TESTICULAIRE** à propos de quelques observations

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathol. expérimentale
LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
LEVEUF	Pharmacologie.
MII J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
MENEGAUX	Pathologie médicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie chirurgic.
MOULONGUET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Anat. pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
PIEDELIEVRE	Obstétrique.
PORTES	Ophthalmologie.
RENARD	Physiologie.
RICHET	Chimie biologique.
SANNIE	Pathol. expérimentale
SENEQUE	Pathologie médicale.
TROISIER	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Pathologie chirurgic.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Dont la vie pleine de sacrifice, de labeur
et d'affection, sera pour moi le plus
noble exemple de conduite dans ma
carrière.*

*Faible témoignage du profond amour et
reconnaissance que j'ai pour elle.*

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MA SOEUR

A MA SOEUR AINÉE

A MON ONCLE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique Dermato-Syphilographique
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant pour le grand honneur
qu'il m'a fait, en voulant bien accep-
ter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR PAUL BLUM

Médecin de Saint-Lazare
Médecin Chef de l'Hôpital Saint-Denis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Hommage de profonde gratitude.*

INTRODUCTION

Nous exprimons notre vive gratitude à M. le Docteur Paul Blum, car c'est grâce à son cours du 22 décembre 1938 sur la syphilis testiculaire (acquisitions récentes), que nous devons ce qu'il y a de meilleur dans ce travail, dont les chapitres ne reposent pas sur des hypothèses, mais sur les faits observés, donc ils ont une valeur considérable. Le diagnostic des orchio-épididymites chroniques est assez souvent plus difficile qu'on ne l'écrit. Dans la pratique civile et hospitalière, à l'occasion d'un gros testicule, on ne pense pas assez à une affection fréquente : la syphilis. Malgré les travaux qui lui ont été consacrés, certains points sont restés encore dans l'ombre, qu'enfin la syphilis du testicule pourrait dans une certaine mesure simplifier certains problèmes, éternellement à l'ordre du jour : tels que la contagion et l'hérédité syphilitique. Pour toutes ces raisons il ne nous a paru inutile d'éclairer la pathologie de la syphilis du testicule à la lueur des travaux modernes. Nous croyons qu'une mise au point des connaissances actuelles ne sera pas dé-

pourvue d'initérêt. Nous avons tenu à éclairer le syndrome azoospermique, qui montre que dans les ménages involontairement stériles, avant d'imposer à la femme des traitements ennuyeux il suffit quelquefois d'examiner entre lame et lamelle le sperme de leur congénère, pour découvrir la clé du mystère.

HISTORIQUE

L'histoire de la syphilis testiculaire peut être divisée en deux périodes : avant et après Reclus. En 1840, Ricord préconise la symptomatologie du sarcocèle syphilitique et des lésions épидидymaires : l'albuginte. En 1863, Dron écrit l'épididymite et plus tard Lanceraux et Virchow donnent une étude remarquable sur la gomme. En 1882, Reclus décrit une forme inflammatoire et en 1913 Barraud préconise le traitement arsenical, à notre époque Checassu a éclairé la localisation testiculaire du tréponème. En 1926, Marcel donne un tableau saisissant sur la syphilis du testicule, et Bertin le complète en étudiant l'azoospermie.

Syphilis expérimentale du testicule. — L'étude de la syphilis expérimentale est intéressante à un double point de vue. Elle peut éclairer l'étude de la syphilis testiculaire, elle permet l'étude de la syphilis expérimentale en général. Quand l'inoculation est strictement scrotale on voit à l'endroit inoculé un ulcère scrotal chancriforme. Quand l'inoculation

est testiculaire on voit un gonflement de la glande avec infiltration diffuse, rétrocedant rapidement. Dans les deux cas, chez le lapin inoculé au scrotum à date à peu près similaire, apparaissent des lésions des glandes génitales. Quelque temps après apparaissent les signes de généralisation, ganglions et surtout syphilis du testicule opposé. L'étude de la syphilis expérimentale montre l'affinité du tréponème pour le testicule, la bilatéralité des lésions testiculaires chez le lapin, la présence du spirochète dans les canalicules seminifères et la possibilité d'une syphilis germinative paternelle, la diminution de la fécondité. Récemment Bessemans et Poter ont démontré la rapidité de l'envahissement ganglionnaire par le virus syphilitique chez le lapin et la contamination par les syphilomes testiculaires et ganglions syphilitisés. Leurs observations montrent que chez le lapin, après injections sous-cutanées du virus syphilomateux, testiculaire du lapin, l'infectiosité spécifique des ganglions n'est pas encore établie à la fin du 2^e mois qu'elle n'est pas établie non plus chez les animaux infectés par scarification, tandis qu'elle est décelable à la fin du 3^e mois chez les animaux infectés par injection. On peut donc conclure que l'envahissement ganglionnaire par le virus est plus tardif, après injections sous la peau qu'après greffe testiculaire et l'infectiosité des ganglions n'est décelée qu'à la suite des greffes intratesticulaires. Il résulte de la contamination du lapin par le virus ganglionnaire, que l'envahissement des

ganglions inguinaux n'est pas décelable après scarification au cours de 24 h., alors qu'elle n'est que rarement après greffe aux 3 premières heures, et la contamination par le matériel ganglionnaire provoque une atteinte ganglionnaire plus précoce que par greffe. En dehors de l'organisme, il est confirmé que la virulence de tréponème semble persister plus longtemps que la mobilité, on a démontré la persistance au sein des émulsions homogènes de la mobilité et de la virulence de tréponème des syphilomes testiculaires du lapin. Quelque soit le moment de l'inoculation du syphilome testiculaire permet toujours de déceler la présence des tréponèmes dans l'organe inoculé et la capacité de multiplication progressive du parasite durant toute la période de l'inoculation chez le lapin syphilitisé par voie testiculaire, la virulence des spirochètes présents pendant l'incubation voisine avec celles des tréponèmes ganglionnaires contemporains des syphilomes. Déjà Schaudin envisagea pour le virus syphilitique de possibilité de l'existence d'autres formes que les tréponèmes. En étudiant les potentiels infectieux spécifiques du syphilome testiculaire et de l'adénite poplitée contemporaine chez le lapin et en analysant les résultats des injections intratesticulaires des dilutions progressivement croissantes, de syphilome testiculaire, on peut s'énoncer que pour chacun des produits injectés la durée de l'inoculation du syphilome qu'ils provoquent, s'allonge à mesure que leur dilution s'étend, que pour chacun d'eux il existe

une dilution maxima, que pour des quantités tissulaires comparables, le potentiel infectieux spécifique du syphilome est nettement supérieur à celui de l'adénite poplitée contemporaine.

Fongus testiculaire. — Le fongus bénin, fongus syphilitique a été étudié par Reclus, qui en a distingué 2 variétés : Fongus superficiel et profond. Dans le 1^{er} cas, la gomme se développerait dans l'albuginée, dans le 2^e cas cette gomme siègerait en plein parenchyme. Jusu'en 1930, le fongus demeurait une évolution exceptionnelle de la syphilis du testicule, aujourd'hui il est plus fréquent et je rapporte quelques observations nouvelles du fongus du testicule. Nous avons trouvé des lésions syphilitiques chez un malade, qui ignorait complètement la syphilis et qui présentait une ulcération gommeuse et une tuméfaction végétante.

Observ. 1, Photinos, 1930, B.S.D.

Le malade âgé de 32 ans, marié, raconte que sa mère était morte d'un cancer à l'âge de 45 ans. Depuis 7 ans, le malade fut atteint d'une hémiplegie, mais en dehors de cet accident il nie toute autre maladie vénérienne. Il y a un an que ce jeune homme a vu apparaître vers le scrotum à droite, un petit nodule qui après 20 jours fut suppuré. 3 mois

après on a constaté sur la face de la verge et vers la base une ulcération à bord taillé à pic, d'où émerge une tuméfaction végétante, à base indurée. L'autre testicule est indemne. Une prise de sang positive, le traitement antisyphilitique nous a couronné le diagnostic, c'est-à-dire qu'après une dose de 3 gr. 50 d'arsenic, le malade ne présentait que des lésions cicatricielles.

Observ. 2 (Nicolas), B.S.D., 1933

Le malade, 31 ans, nie tout accident vénérien. Il y a 3 semaines, il s'aperçut d'un nodule dur à la partie antérieure du testicule droit. La 4^e semaine il a vu apparaître une ulcération. A l'entrée on constate que le testicule droit est légèrement augmenté de volume et dur. Une large ulcération arrondie laisser passer une sorte de champignon. L'épididyme est volumineux et dur, cordon gros, pas douloureux, pas de réaction ganlionnaire. W + à la 4^e injection de bismuth, la lésion était cicatrisée. Nous avons observé également un cas de fungus testiculaire greffé sur une orchio-épididymite blennorrhagique, le traitement d'épreuve s'est accompagné d'une rétrocession rapide de la lésion.

Observ. 3, Gaté et Perrin, 1933, B.S.D.

Il s'agissait d'un malade qui est entré à l'hôpital pour une épididymite gonococcique, et chez lequel nous vîmes se faire une collection qui ponctionnée ne donne que quelques gouttes de sérosité sanglante. Mais au niveau de l'orifice de la ponction, on vit les lèvres s'éverser et un véritable fungus se constituer ultérieurement ; la gono-réaction est +. De plus, l'orchi-épididymite s'est manifestée à son début par la fièvre, de la douleur. Le traitement antisypilitique a prouvé la nature sypilitique du fungus secondaire.

Orchi-épididymite sypilitique. — L'épididymite sypilitique est bien connue depuis les travaux de Dron. Cependant il n'est pas fréquent d'observer une orchi-épididymite sypilitique bilatérale secondaire, à caractères aussi aigus.

Observ. 1, Gaté, 1933, B.S.D.

Le malade entré l'hôpital après le diagnostic d'orchite double sans écoulement urétral. Un mois après le mariage, le malade constate sur le sillon balano-préputial, une ulcération qui guérit, et 8

jours après apparaît une orchite double et une éruption des syphilides secondaires. L'orchite n'est pas douloureuse, la tumeur est surtout formée par le testicule droit, à gauche c'est l'épididyme qui est hypertrophiée, qui constitue la masse principale. Il n'y a pas d'hydrocèle. Le testicule reste insensible. La réaction W. est +. Le développement de la tumeur au cours de la syphilis secondaire impose le diagnostic d'orchi-épididymite secondaire syphilitique. Cette affection n'est pas exceptionnelle. Le traitement d'épreuve a amené la guérison.

Observ. 2, Nicolas, 1929, B.S.D.

Nous avons relevé un autre cas d'une orchi-épididymite double fistulisée avec dermite verruqueuse pubo-scrotale et gomme syphilitique de la fesse. Un examen nous montra que le malade est porteur d'une lésion, sur laquelle il n'attirait pas attention ; il présentait en effet une atrophie testiculaire très marquée par orchi-épididymite double, celle-ci étant suppurée et fistulisée. En présence de ces lésions chez un sujet de 32 ans on pouvait se demander s'il s'agissait de tuberculose ou de syphilis. La première impression était qu'il faut les rapporter à la première cause, et on retrouvait en effet en faveur de cette hypothèse l'histoire d'une adénopathie ingui-

nale ulcérée opérée, mais un examen de la gomme de la fesse très profonde, peu violacée avec un orifice irrégulier à bords décollés, pus grummeleux mal lié, l'examen de l'ulcération scrotale irrégulière, rose, verruqueuse, avec des pointes fistulisées, la palpation qui montre des testicules indurés, cordons durs, gros, les vésicules séminales normales, capacités génésiques normales, permet de conclure à une origine syphilitique de cette maladie. La première injection semble avoir donné une amélioration de la lésion.

Syphilome pseudo-néoplasique du testicule. — Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des syphilomes géants relevant de la chirurgie. Nous nous permettons de revenir sur cette forme hypertrophique de la syphilis testiculaire, parce que les observations en sont peu fréquentes.

Observ. 3, Goinard, 1933, B.M.

Il s'agit d'un malade de 23 ans. Ab. qui a vu depuis 1 mois ses bourses augmenter de volume, sans en souffrir. La bourse gauche est très grosse, à la place du testicule on palpe une grosse tumeur ovoïde régulière, lisse et dure ; cordon normal, on ne peut pas pincer la vaginale. Le testicule droit n'est pas modifié. Intervention en 1933. On traverse

d'abord une coque fibreuse, on arrive sur une masse caséeuse, la tumeur intra-scrotale est reséquée. L'examen histologique : à la limite de la zone caséifiée, on voit en bordure un infiltrat abondant avec réaction fibreuse, sans traces de formations folliculaires, permettant de conclure à la nature syphilitique de la lésion. C'est une gomme incarcérée dans une coque fibreuse, qui ne peut pas s'évacuer en raison de l'épaisseur de cette coque, la tumeur ne peut que grossir. Il en résulte que sa surface sera lisse, régulière. C'est tout à fait l'extérieur d'un néoplasme testiculaire, tout le contraire des bosselures des orchio-épididymites testiculaires typiques. Mais là s'arrête l'analogie avec la tumeur, la différence avec la syphilis. La vaginale ne peut être pincée. Le signe de Chevassu est ici d'une importance capitale. Ce n'est pas le cancer qui est le plus difficile à distinguer de ce syphilome hypertrophique, c'est l'hématocèle. Le testicule est anéanti, inutile fonctionnellement.

Nous avons également rapporté un cas d'une syphilis testiculaire simulant la tuberculose.

Observ. 4, Levine

Il s'agit d'un homme se plaignant de rétention urinaire, des douleurs testiculaires et de fistules aux bourses. Le père du malade est mort de phtisie. Il y

a 3 ans, le malade eut une pleurésie. Il y a 2 ans le testicule droit, puis le gauche gonflent en même temps, début d'hémoptisie et fistulisation des testicules, pas de maladies vénériennes antérieures. On constate actuellement, un processus fibreux du testicule droit, un épaissement du testicule gauche, avec désagrégation caséuse et fistule purulente, la prostate est grosse, le poumon montre des phénomènes catarrhaux. B.W. Les recherches anatomo-pathologiques montrent tous les caractères d'une épiddymite chronique fibreuse, de caractère tuberculeux. Or le testicule est atteint d'orchite interstitielle et les frottis montrent le spirochète pâle.

Les lésions occultes de la syphilis quaternaire du testicule. — Nous avons examiné les testicules de 19 syphilitiques, 4 étant éliminés, les porteurs des lésions testiculaires, cliniquement appréciables. On a trouvé de la sclérose des artères dans 14 cas sur 19 ; de la sclérose interstitielle dans 10 cas, des lésions inflammatoires dans 8 cas. Quant aux tubes épithéliaux, leur gaine conjonctive était épaissie dans 11 cas, à côté de 8 cas de spermatogénèse absolument normale, 6 cas de spermatogénèse très ralentie, et 6 cas de métaspermato-genèse arrêtée aux spermatocytes avec absence complète des spermatozoïdes.

Il est tout à fait étonnant de constater que les troubles de la sécrétion interne du testicule ont été étudiés dans leurs moindres détails et l'autre fonction de la glande, la spermatogénèse est restée

complètement méconnue. La recherche des spermatozoïdes a été très rarement pratiquée systématiquement, le plus souvent leur absence est découverte par hasard, quand un ménage s'inquiète de ne pas avoir d'enfants. On voit trop souvent, d'ailleurs, des femmes soumises aux traitements gynécologiques les plus divers, sans qu'une enquête bilatérale ait prouvé que la stérilité de leur union n'était pas attribuable à leur conjoint. Queyrat à la S.D. a rapporté trois cas de stérilité chez des jeunes mariés très bien portants, ne présentant aucun signe de syphilis héréditaire ou acquise. Dans un autre cas, il s'agissait d'un homme, en apparence bien portant, ayant eu la syphilis douze ans auparavant, marié depuis plusieurs années, qui se plaignait de ne pas avoir d'enfants. L'examen du sperme montra qu'il n'existait pas un spermatozoïde normal ; la plupart avaient des queues rudimentaires et le noyau intermédiaire avait disparu. Il y avait en même temps une diminution très appréciable du nombre de spermatozoïdes. Chose intéressante qu'on retrouve dans tous les cas, un début insidieux, une indolence et une intégrité morphologique normale des organes génitaux, conservation parfaite des caractères sexuels secondaires. Le début est toujours insidieux, dans quelques cas, elle peut être très approximativement fixée quand le malade après avoir eu des enfants, cesse de procréer, sans avoir rien fait pour l'éviter. Le plus souvent, l'azoospermie est la conséquence de la syphilis tardive. L'intégrité des

organes génito-urinaires est un des caractères les plus remarquables de l'azoospermie de la syphilis acquise ou héréditaire, comme l'a signalé Milian. La conservation des caractères sexuels secondaires n'est pas moins étonnante à constater, que l'intégrité des organes génitaux, on n'observe aucun signe d'infantilisme régressif, la voix a un timbre franchement masculin, il n'y a pas de déformation du squelette. Il y a une véritable dissociation entre la fonction endocrinienne qui subsiste et la sécrétion externe. On comprend qu'il puisse en être facilement ainsi chez l'adulte, mais chez l'enfant l'intégrité des glandes endocrines est beaucoup plus nécessaire et des lésions peu étendues peuvent engendrer plus facilement que chez l'adulte des troubles classiques de l'infantilisme. L'azoospermie semble bien s'installer progressivement. L'oligospermie précède l'azoospermie, qui est en général définitive, très durable.

Observ. 5, Bertin, 1926, T.L.

D..., âgé de 44 ans, homme robuste, sans antécédents autres que la syphilis. Il n'avait ni oreillons, ni blennorragie. Cet homme est bien portant, s'est marié en 1919, huit ans après la syphilis, sa femme n'est pas syphilitique, elle fut enceinte 3 fois, d'un enfant à terme, puis 2 jumeaux bien por-

tants. A ce moment, le malade entre à l'hôpital pour orchite double. Le testicule droit était volumineux, dur et non douloureux, il n'y avait pas d'urétrite. On fit des injections intramusculaires pendant 2 mois et le malade quitta l'hôpital guéri. Les réactions sérologiques étaient +. En décembre au premier examen nous ne trouvons aucun spermatozoïde, un second examen 8 jours plus tard ne montre que de très rares spermatozoïdes, présentant à peine quelques mouvements après l'émission. Enfin, dans une dernière analyse, nous retrouvons une azoospermie complète. Ses désirs sexuels étaient normaux, depuis 8 ans on n'a pas observé de changement dans les testicules, ces organes nous paraissant assez peu volumineux cependant. Nous avons rencontré l'azoospermie chez un sujet jeune, sans antécédents blennorragiques, sans atrophie testiculaire, en l'examinant on a trouvé chez lui outre les antécédents héréditaires très nets, des malformations dentaires que nous pouvions qu'attribuer à la syphilis conceptionnelle. Chez un autre sujet, les antécédents héréditaires sont suspects : sa mère est morte à 36 ans d'une paralysie des membres inférieurs, l'azoospermie est très souvent le résultat d'une hérédité syphilitique. Les localisations monosymptomatiques de l'hérédé-syphilis sur les glandes endocrines, sont aujourd'hui bien connues, et très discrètes. Le traitement est souvent sans action.

Observ. 6, Bertin, 1926, T.L.

Un de nos malades atteint d'une syphilis qui date de 6 ans, et dont le traitement intensif a été interrompu; la réaction de W. +. Pendant un an, ce malade a été soigné, dans un an en examinant le sperme, nous avons constaté une azoospermie complète. Ce qui ressort de cette observation, c'est qu'après une année de traitement intensif, suffisant pour éteindre les réactions sérologiques, l'azoospermie était complète. Le traitement en arrête parfois l'évolution, mais il n'amène jamais leur régression, quand elles sont organisées. Il faut se demander si l'arsenic ne peut léser la cellule séminale; or chez ces malades nous n'avons pas observé de l'intoxication médicamenteuse; d'autre part, nous voyons l'azoospermie s'installer progressivement, tandis l'intoxication médicamenteuse est brutale, et ne produit qu'un trouble passager, susceptible de s'améliorer. On croit donc, que c'est par une lésion locale de la syphilis qu'il faut chercher à expliquer les cas que nous avons rapportés, qui peut atteindre le tube séminifère et le trajet des voies spermaticques, en particulier sur l'épididymie. Nous nous sommes demandés si nos malades n'avaient pas eu, plusieurs années avant notre examen, une de ces formes torpides de l'épididymite double, passé complètement inaperçu et terminé par sclérose. Les

lésions partielles du testicule peuvent produire une azoospermie et l'observation que nous rapportons est instructive.

Bertin

Il s'agit d'un malade, syphilitique, depuis 7 ans, qui est atteint 2 ans après d'un sarcocèle syphilitique double. Il se croit guéri, mais il s'étonne de ne plus procréer. Un mois après nous retrouvons chez lui une azoospermie complète. Or, ses testicules sont normaux en apparence. Voilà donc une lésion tertiaire du testicule dont l'évolution s'arrête sous l'influence d'un traitement écourté. La sclérose n'a pas envahi dans leur totalité, les tubes séminifères, la présence très rare de spermatozoïdes en donne la certitude et il y a suppression du pouvoir fécondant cependant. Le tréponème ne produit pas toujours des lésions de sclérose et de gomme ; ces lésions peuvent être beaucoup plus discrètes et ne se traduire que par la virulence du sperme. Cette répercussion peut ne pas être suffisante pour amener l'inhibition complète de la fonction testiculaire, ni même pour léser le spermatozoïde au point de lui enlever son pouvoir fécondant, mais pour produire une dystrophie de la cellule mâle, qui va se manifester dans les dégénérescences de la syphilis héréditaire.

CONCLUSIONS

La syphilis du testicule peut rester latente pendant de longues années. Il y a même une intégrité complète des organes génitaux, car le tréponème ne produit pas toujours des lésions de gomme ou de sclérose, des lésions peuvent être plus discrètes, ne se traduisant que par une inhibition de la fonction testiculaire interne chez l'enfant avant la puberté, externe chez l'adulte. Le traitement en arrête parfois leur évolution, mais n'amène jamais leur régression, quand elles sont bien organisées. La syphilis discrète du testicule peut enlever au spermatozoïde son pouvoir fécondant, malgré son apparence morphologique normale. Cette répercussion peut ne pas être suffisante, pour amener l'inhibition complète de la fonction testiculaire, ni même pour léser le spermatozoïde, au point de lui enlever son pouvoir fécondant, mais peut produire une dystrophie de la cellule mâle, qui va se manifester dans les dégénérescences de la syphilis héréditaire, le père était apparemment sain. Ce travail montre qu'au cours de la syphilis héréditaire, il convient de

traiter systématiquement les enfants issus de parents mal traités, car s'ils échappent aux lésions évolutives ou aux dystrophies apparentes, ils peuvent plus ou moins tardivement être atteints dans les fonctions de reproduction.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE

G. Basch. — Presse Médicale, 1934. Histoire d'une orchio-épididymite (syphilis).

Bertin. — 1926. Trouble de la spermatogénèse au cours de la syphilis.

E. Bertin. — Syphilis occulte de testicule. La Médecine. Octobre 1935.

A. Bessemans. — Soc. biol. 1935.

— Soc. biol. 1935.

— Bull. de l'Acad. de Méd. 1934.

P. Blum. — Leçons du Jeudi de la Clinique de la Faculté à l'Hôpital Saint-Louis.

Dron. — Arch. Gén. de Méd. Tome II, 1863.

Prof. Gougerot. — Le Traitement de la Syphilis.

Jeanselme et Sézary. — Précis de syphilographie.
Paris 1925.

Marcel. — 1926. Syphilis du testicule.

C. Massias. — Bull. de Derm. et Syphilogr. 1936.

Milian. — B. Société Fr. Derm. et Syph. 1924.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
OBSERVATION 1 (Photinos)	14
» 2 (Nicolas)	15
» 3 (Gaté et Perrin)	16
» 1 (Gaté)	16
» 2 (Nicolas)	17
» 3 (Goinard)	18
» 4 (Levine)	19
» 5 (Bertin)	22
» 6 (Bertin)	24
BIBLIOGRAPHIE	29
CONCLUSIONS	27

